

DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH



AVISO De ACCION (Avalúo)

Fecha: _____

A: _____, Numero Medi-Cal: _____

El Departamento del Condado del San Bernardino de la salud del comportamiento ha decidido, después de repasar los resultados de un gravamen de tu condición mental de la salud, que tu condición mental de la salud no resuelve los criterios médicos de la necesidad para ser elegible para los servicios médicos mentales de la especialidad con el plan.

En el Departamento de la opinión de la salud del comportamiento, tu condición mental de la salud no resolvió los criterios médicos de la necesidad, que se cubren en las regulaciones del estado en el título 9, el código de las regulaciones (CCR), sección 1830.205 de California, por la razón comprobada abajo :

Su diagnóstico de la salud mental como identificó por el avalúo no se cubre por el plan de la salud mental (Título 9, CCR, Sección 1830,205 (b) (1)).

Su condición de salud mental no causa problemas para usted en su vida diaria que sean bastante serios para hacerlo elegible por especialidad de servicios del plan de salud mental (Título 9, CCR, Sección 1830,205 (b) (2)).

La especialidad de servicios de salud mental disponible del plan de salud mental es probable no ayudarlo a mantener o mejorar su condición de salud mental (Título 9, CCR, Sección 1830,205 (b) (3) (Un) y (B)).

Su condición de salud mental respondería a tratamiento por un proveedor de cuidado de la salud física (Título 9, CCR, 1830,205 (b) (3) (C)).

Si está de acuerdo con la decisión del plan, y gustaría información sobre cómo encontrar un proveedor fuera del plan para que le dé tratamiento, llame o hable a un representante de su plan de salud mental al Departamento de ACCESO a (888) 743-1478, o escribiría a:

Access Unit
268 Hospitality Lane, Suite 400
San Bernardino, CA 92415-0026

Si no está de acuerdo con la decisión del plan o tiene preguntas, haga uno o más de lo siguiente: Pediría que el plan haga arreglos para una segunda opinión acerca de su condición de la salud mental. Para hacer esto, llame a (888) 743-1478, o escriba a:

Access Unit
268 Hospitality Lane, Suite 400
San Bernardino, CA 92415-0026

Puede también archivar una apelación con su plan de salud mental con Departamento de ACCESO (número del teléfono y dirección directamente arriba), o siga las instrucciones en el folleto de información que el plan de salud mental le ha dado. Debe archivar una apelación dentro de 90 días de la fecha de este aviso. En la mayoría de casos el plan de salud mental debe hacer una decisión en su apelación dentro de 45 días de su petición. Puede pedir una apelación expeditiva (apresurada), la cual se debe decidir dentro de 3 días laborales, si usted cree que un retraso causaría problemas serios con su salud mental, incluso problemas con su capacidad de progresar, mantener o recuperar funciones importantes de la vida.

Si está en desacuerdo con el resultado de su apelación, puede pedir una audiencia estatal. El otro lado de este aviso explica cómo pedir una audiencia.

SUS DERECHOS de la AUDIENCIA

Usted tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días empiezan uno de los dos: 1. El día después de que personalmente le dimos el aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental, o 2. El día después de la fecha del sello postal del aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental.

Audiencias Estatales Expeditivas (Apresuradas)

Normalmente toma aproximadamente 90 días de la fecha de su petición hacer una decisión de audiencia. Si piensa que éste tiempo causará problemas serios con su salud mental, incluso problemas con su habilidad de progresar, mantener o recobrar funciones importantes de la vida, puede pedir una audiencia estatal apresurada. **Para pedir audiencia apresurada, favor de marcar la 1ª caja en la columna de la mano derecha de esta página bajo PEDIR AUDIENCIA e incluya la razón porqué pide una audiencia apresurada.** Si su petición de audiencia apresurada se aprueba, se emitirá una decisión de audiencia dentro de tres días laborales de la fecha que su petición es recibida por State Hearings Division.

Para Mantener Sus Mismos Servicios Mientras espera Una Audiencia

- Debe pedir una audiencia dentro de 10 días de la fecha en que se le mandó por correo el aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental o personalmente dado a usted o antes de la fecha vigente del cambio en servicios, o lo que sea más tarde.
- Sus servicios de Medi-Cal de salud mental se quedarán igual hasta que se haga una decisión final de la audiencia el cual está adverso a usted, usted retire su demanda por una audiencia, o el período de tiempo o límites de servicio por sus presentes servicios expire, cualquier de estos pase primero.

Reglamentos Estatales Disponibles

Reglamentos estatales, incluso aquellos que cubren audiencias estatales, están disponibles en su oficina local del welfare del condado.

Para Obtener Ayuda

Puede obtener ayuda legal gratis en la oficina de ayuda legal o de otros grupos. Puede preguntar sobre sus derechos de audiencia o ayuda legal gratis a Public Inquiry and Response Unit:

Llame gratis a: 1-800-952-5253.
Si está sordo y usa TDD, llame 1-800-952-8349

Representante Autorizado

Puede representarse así mismo en la audiencia estatal. Puede ser representado también por un amigo, un abogado o alguno otro que elija. Debe hacer arreglos para este representante usted.

Information Practices Act Notice' (California Civil Code Section 1798, et. seq.)

La información que se pide escribir en esta forma se necesita para procesar su petición de audiencia. Se retrasa el proceso si la información no es completa. Se establecerá un archivo de causa por State Hearings Division of the Department of Social Services. Tiene el derecho de examinar los materiales que componen el registro para decisión y puede localizar este registro con ponerse en contacto con el Public Inquiry and Response Unit (número de teléfono arriba). Cualquier información que provee se comparte con el plan de la salud mental, the State Departments of Health Services and Mental Health y con U.S. Department of Health and Human Services (Authority: Welfare and Institutions Code, Section 14100.2)

COMO PEDIR Una AUDIENCIA ESTATAL

La mejor manera de pedir una audiencia es completar esta página. Haga una copia, frente e inverso para sus archivos. Envíe esta página a:

State Hearings Division
California Department of Social Services
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

Otra manera pedir que una audiencia es llamar 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llama 1-800-952-8349.

PETICION PARA AUDIENCIA

Quiero una audiencia debido a una acción relacionada con Medi-Cal por el Plan de Salud Mental del Condado de San Bernardino.

Cheque aquí si quiere que la audiencia estatal sea expeditiva (apresurada) e incluya la razón abajo.

Aquí este porqué:

Cheque aquí y agrega una pagina si tiene necesidad de más espacio.

Mi nombre: (imprima)

Mi Numero seguro social:

Mi Dirección: (imprima):

Mi número telefónico:

(____)_____

Mi firma:

Fecha:

Requiero un intérprete sin ningún costo a mí. Mi idioma o dialecto es

Quiero que la persona quien nombro abajo me represente en esta audiencia. Doy mi permiso para que esta persona vea mis archivos y venir a la audiencia por mí.

Nombre _____

Dirección _____

Número del teléfono: (____)_____